

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA - LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA Y SALUD
CIDS UNAN – León



Tesis
Para Optar al Título
Máster en Ciencias con Mención en Epidemiología

**“CESAREAS:
¿UNA EPIDEMIA JUSTIFICADA O IGNORADA?”
Un abordaje cuali-cuantitativo**

Autora: Dra. Magda Esther Castrillo.
Médico y Cirujano General.
Candidata a Master en Ciencias – Mención en Epidemiología.

Tutora: Dra. Eliette Valladares Cardoza.
Especialista en Gineco-Obstetricia. MPH., PhD.

León, Marzo 2013

RESUMEN

Título: Cesáreas: ¿Una epidemia justificada o ignorada? Un abordaje cuali-cuantitativo.

Introducción: En la última década ha habido una tendencia a un mayor número de partos abdominales a nivel mundial. La mayoría de países en desarrollo o desarrollados muestran tasas de cesáreas por encima del 20% que es la recomendación de la OMS. En Nicaragua, para el año 2007, los hospitales del sector público tenían cifras de casi 40% y en los privados las tasas se elevaban hasta casi el 70%. Debido a esto se considera necesario conocer la prevalencia actual de cesáreas e incrementar la comprensión del proceso de toma de decisión de la vía del nacimiento, para poder posteriormente plantear intervenciones.

Objetivo: Investigar la prevalencia de nacimientos por vía abdominal en el período de estudio y explorar la percepción de los gineco-obstetras sobre las causas del creciente número de cesáreas en el HEODRA de León y el rol que ellos se adjudican en ese incremento.

Diseño: Cuantitativo: Estudio de Corte Transversal. Cualitativo: Entrevistas a profundidad siguiendo un diseño emergente y utilizando la técnica de Análisis de Contenido.

Área de estudio: HEODRA León, Nicaragua.

Participantes: Abordaje cuantitativo: el total de mujeres que dieron a luz durante el período de estudio (n= 750). Abordaje Cualitativo: 7 gineco-obstetras de ambos sexos que laboran en el hospital.

Resultados: La tasa de cesáreas del período de estudio fue de 39%, de la cuales el 39% fue por cesárea anterior. La Pre-eclampsia se vio significativamente asociada a nacimientos por cesárea en esta población (OR =2.76; IC: 1.00-7.85; p: 0.028). Fue claro en las respuestas de las entrevistas como difiere el manejo cuando el facultativo está ejerciendo en el sistema público, en el INSS o en el privado. Todos los entrevistados mencionaron que los médicos en algunas ocasiones actúan guiados por el temor a tener resultados obstétricos y perinatales negativos.

Conclusión: El incremento de las tasas de cesáreas en el HEODRA es un fenómeno complejo, con muchos factores ya sean de las pacientes, de los médicos o del propio hospital e incluso sociales.

Palabras claves: Cesáreas, Cualitativo, HEODRA, León, Nicaragua.

DEDICATORIA

A mi hija Esther Andrea por ser la razón de mis deseos de superación...

A mi Madre y mis Abuelitos quienes me han dado todo y me han llevado a ser lo que soy hoy...

A Oscar Evenor por su apoyo incondicional en estos años que tenemos juntos...

A mis amigas.... Por hacer este viaje mucho más alegre....

AGRADECIMIENTOS

A Dios Nuestro Señor y a Nuestra Madre Santísima por iluminarme durante el estudio de esta Maestría.

A mi familia por todo el apoyo recibido durante mi vida y por haberme inculcado el hábito del estudio y los deseos de superación. Por haberme enseñado responsabilidad y amor al trabajo.

A mi esposo e hija por haber sido pacientes mientras estaba en los estudios de esta Maestría.

A la Dra. Eliette Valladares por haberme dado la oportunidad de estudiar esta Maestría y por haberme guiado durante todos estos años.

A mis amigos.... Por ser como son....

ÍNDICE

CONTENIDO	PAG.
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
ANTECEDENTES.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS.....	7
MARCO TEORICO.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	12
RESULTADOS.....	15
DISCUSION.....	33
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS.....	39
ANEXOS.....	42

- Guía de Entrevista a gineco-obstetras
- Instrumento de recolección de información

INTRODUCCION

La cesárea se ha vuelto un procedimiento quirúrgico de rutina, muchas veces realizado para el beneficio de la madre y/o del hijo, otras sin indicación clara. En la última década, ha habido una marcada tendencia a un mayor número de partos abdominales a nivel mundial, tanto en países de alto ingreso como en aquellos de ingresos medio o bajo^[1, 2].

En Australia, para el 2008 la tasa general de cesáreas era de 30.3%, siendo más elevada en las provincias de Queensland (33%) y en el oeste australiano (34%)^[3]. La “*National Sentinel Cesarean Section Audit*” conducida en Inglaterra y Escocia en el 2001 reportó que la tasa de cesáreas en estos países era del 21.4% y que el 5% de ellas fueron realizadas en nulíparas por petición materna^[4]. En cuatro países del sureste asiático la tasa general de cesáreas fue del 27%^[5]. La encuesta global de la OMS muestra que ocho países de América Latina, incluyendo a Nicaragua, tienen una tasa promedio del 33%^[6].

Hay una variación considerable en las tasas de cesárea entre hospitales y ambientes de nacimiento diferentes. Los ambientes de nacimiento alternativos (no hospitalarios) de los EUA reportan una tasa de cesáreas del 1.5% mientras que la prevalencia nacional es del 29%^[1]. En Shanghái las tasas hospitalarias de cesáreas varían desde 27% hasta 70%^[7]. Los sistemas privados de seguridad social muestran un claro aumento en las tasas de nacimientos por vía abdominal. La atención obstétrica privada en Chile reporta tasas que van del 58 al 83%. De igual manera el estudio multicéntrico conducido por OMS en 8 países Latinoamericanos reportó una tasa en hospitales privados que fluctúa entre 43 y 57%^[6].

La OMS refiere que la tasa de cesáreas a nivel poblacional por debajo del 5% debe ser vista como necesidades insatisfechas en la asistencia del parto y afirma que una tasa de cesáreas por razones médicas del 10-15% debería ser aceptable ^[5, 8].

Los riesgos en la salud se ven aumentados en un parto abdominal. Comparado con el parto vaginal en este se tiene 3 a 4 veces mayor riesgo de muerte materna^[9]. Aún las cesáreas electivas hechas bajo circunstancias óptimas pueden tener complicaciones mayores o menores a corto, mediano o largo plazo^[1, 6, 10]. Han sido reportadas dificultades en la lactancia materna^[1], estadía hospitalaria prolongada con incremento en el costo de la atención para el sistema de salud y actividades restringidas durante el post-parto^[1, 6]. Los beneficios sugeridos en la salud de la mujer desde una perspectiva a largo plazo han sido cuestionados^[6].

Por otro lado, aunque el aumento de las tasas de cesáreas ha sido paralelo con la disminución de la mortalidad perinatal, no se ha comprobado una relación causa-efecto, y ha sido también reportado un incremento de la muerte fetal asociada a la cesárea ^[6]. La cesárea electiva está asociada con un riesgo elevado de morbilidad respiratoria del recién nacido^[9]. No se han explorado aún las consecuencias médicas desde una perspectiva de salud pública.

Éticamente, ha habido una tendencia en muchos países a resaltar las razones no médicas para realizar una cesárea. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda aceptar la cesárea por elección de la paciente basado en el principio de autonomía. La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) refiere que la cesárea por razones no médicas no es ética^[8, 11]. En Indonesia la tasa de cesárea por petición materna es del 3.7% en un hospital terciario^[5], mientras que en América Latina menos del 1% de las cesáreas la reportan^[6].

La clasificación de las enfermedades y las complicaciones del parto se suponen son universales, pero también son específicas en cada cultura y son revisadas continuamente. El incremento de la cesárea es cuestionado desde la perspectiva de la medicalización del parto y sus consecuencias^[8]. En partos domiciliarios tradicionales el proceso de la decisión de cómo manejar las complicaciones del parto está más bajo la decisión de la embarazada y su familia^[12], mientras que para partos hospitalarios la decisión es mayormente tomada por el personal de salud. Estudios comunitarios en Guatemala han demostrado que hay un choque cultural entre el parto tradicional y el hospitalario, muchas mujeres refieren que por miedo a la cesárea, al maltrato, a la discriminación y a la falta de comunicación, ellas evitan el parto en los hospitales^[12].

A nivel mundial se han dado varias razones para explicar la tendencia al incremento en el número de partos abdominales. Entre estas razones están, el comportamiento paternalista de los médicos que no toman en cuenta a las pacientes en las decisiones de la atención^[9], el hecho de que los médicos con menos experiencia realizan más cesáreas^[13, 14], el miedo a las demandas ligado a la creencia moderna que la cesárea es más segura^[8] y los factores institucionales en el sector privado^[8, 9, 15].

La tendencia al aumento en la cesárea electiva debido a razones no médicas ha sido discutida desde la perspectiva del aumento de la autonomía y la toma de decisiones entre las mujeres [7, 8, 15], la preferencia del parto abdominal entre grupos con mejor nivel económico, mujeres educadas y regiones^[9, 16, 17]; mientras que otros estudios han encontrado lo contrario a esto^[18].

En Nicaragua, a pesar de ser un país con tan poco dinero la tasa de cesáreas se ha incrementado en los últimos años. Para el año 2007 en los hospitales del sector público la tasa era de casi el 40% y en los hospitales del sector privado estas se aumentan hasta casi un 70% ^[19].

El incremento de las cesáreas es un proceso social complejo influenciado por la práctica clínica, las presiones familiares y sociales, el sistema legal, la disponibilidad de la tecnología y los roles de las mujeres. Un uso indiscriminado de la cesárea “puede ser más perjudicial que beneficioso al ser aplicado a poblaciones sanas”^[6]. Mantener o disminuir las tasas de cesáreas ha sido un tema de discusión por mucho tiempo^[8] y hasta el momento nada se ha logrado. Debido a esto, es necesario conocer la prevalencia de nacimientos por vía abdominal en el HEODRA de León e incrementar la comprensión del proceso de toma de decisión de la vía del nacimiento, para poder posteriormente plantear intervenciones encaminadas a la contención del incremento progresivo de cesáreas.

ANTECEDENTES

La OMS en su Reporte de Salud Mundial (2010) en el *Background Paper* número 30 refiere que 18.5 millones de cesáreas se hacen cada año a nivel mundial. Menciona también que el 40% de los países tienen tasas de cesáreas menores al 10%, 10% tienen tasas entre el 10 y el 15%, y aproximadamente el 50% de los países a nivel mundial tienen tasas de cesáreas mayores al 15% [20].

En un estudio ecológico realizado por Betrán et al. en el 2007, que incluyó las regiones de África, Asia, Europa, Latinoamérica y el Caribe, Norte América y Oceanía, se analizaron datos nacionales disponibles de encuestas y sistemas de registros vitales obteniendo como resultado que aunque distribuidos desigualmente el 15% de los nacimientos en el mundo ocurren vía cesárea. Siendo Latinoamérica y el Caribe la región que reporta la tasa más alta (29.2%) y África la más baja (3.5%). Concluyendo que los niveles de cesáreas podrían responder a determinantes económicos. Este estudio reporta también que hay una clara relación inversa entre la mortalidad materna y las tasas de cesárea [21].

En una investigación llevada a cabo en Indonesia, Malasia, Filipinas y Tailandia en el 2009 la tasa de cesáreas osciló entre 12-39% entre hospitales y de 19-35% entre países. Las indicaciones más comunes fueron presentación distócica, cesárea anterior, DCP y SFA. Complicaciones como pre-eclampsia y hemorragia ante-parto no fueron dadas como indicaciones para la cesárea. Refieren también que la petición materna solo fue reportada en un hospital terciario de Indonesia (3.7%) [5].

En el 2011, Stavrou et al realizaron un estudio de corte transversal en la provincia de New South Wales en Australia el cual revela que desde el 1998 al 2008 un total de 965,702 mujeres dieron a luz; siendo la tasa de cesáreas de 25.4% (en el período de estudio), de las cuales el 61.9% tuvo una cesárea primaria y el 38.1% fue cesárea iterativa. La tasa de cesáreas se ha incrementado de 19.1 en 1998 a 29.5% en el 2008. Los mayores contribuyentes al incremento de la tasa de cesáreas fueron las cesáreas anteriores (32.5%) y las nulíparas que tuvieron cesáreas electivas (20.6%) [22].

En el 2012, Briand y colaboradores realizaron un estudio de corte transversal en el que estudiaron 86,505 mujeres que dieron a luz entre el año 2007 y 2008 en 41 hospitales de referencia en Senegal y Mali (África). Encontrando una tasa de cesáreas del 19.8%, siendo más alta en Senegal (20.9%) que en Mali (18.5%). De estas cesáreas el 73% fue intraparto, 16% fue de emergencia y 11% fueron cesáreas electivas. Las indicaciones maternas fueron el 77% de todas las indicaciones para cesáreas. Se reportó también que los principales factores de riesgo materno fueron respectivamente: Cesárea anterior, referencia de otro centro asistencial y sospecha de DCP (ORajustados de 2.8 a 8.9); sangrado vaginal, hipertensión arterial, RPM (ORajustados de 3.9 a 10.2); cesárea anterior (ORajustado 19.2). Este estudio también afirma que el hecho que sea un obstetra el que atienda a la mujer en trabajo de parto aumenta el riesgo de una cesárea electiva (ORajustado 4.8 [IC95% 2.6-8.8]) [23].

Murray en el año 2000 realizó un estudio cuali-cuantitativo en Chile abordando en el componente cualitativo a obstetras y mujeres embarazadas y en el componente cuantitativo a mujeres que dieron a luz. En sus resultados muestra que la tasa de cesáreas en pacientes con obstetras privados es mayor (57-83%) en comparación con las pacientes atendidas por doctores o enfermeras obstetras en hospitales públicos o universitarios (27-28%). A su vez, menciona que los obstetras privados programan las cesáreas de acuerdo a su tiempo. La tasa de cesáreas electivas en el privado fue de 68% comparada con 12% en el sistema público [24].

En el año 2012 Guzmán publicó un artículo sobre la epidemiología de la cesárea en Chile en la década del 2000 al 2010 refiriendo que el porcentaje de cesáreas en este país ha ido en aumento. En el año 2000 la tasa de cesáreas en el sistema público era del 30% y en el 2010 de 37% y en el privado de 66%. Hace mención también que la principal causa del incremento es la cesárea anterior afirmando que alrededor del 50% de las cesáreas en multíparas es por ésta causa [25].

Un estudio similar se llevó a cabo en México en el 2004 por Puentes-Rosas et al., en el que se menciona que el porcentaje de nacimientos en este país se había incrementado en los 10 años anteriores a un ritmo de un 1% anual. Esto fue mayor en la seguridad social y en el privado. La tasa de cesáreas para el sistema público fue del 35%, en la seguridad social de 38.2% y en el privado de 53%. Destaca este estudio que en el estado de Nuevo León la cifra de cesáreas alcanzó el 73.6% [26].

En el año 2001, Brooks y Lezama realizaron un estudio de corte transversal sobre la epidemiología de la cesárea en el Instituto Hondureño de Seguridad Social encontrando que de 10,761 nacimientos ocurridos entre enero de 1998 y septiembre de 1999 2,108 fueron por cesárea (19.6%), siendo las principales indicaciones la DCP (21.3%), cesárea anterior (18.8%) y SFA (11.7%) [27].

En el HEODRA se han realizado algunos estudios cuantitativos que hablan de cesáreas; sobre todo con respecto a complicaciones (infecciones de herida quirúrgica) e indicaciones de cesáreas en adolescentes y sus complicaciones [28,29].

No encontramos en línea y en las bibliotecas nacionales consultadas estudios cualitativos en nuestro país que profundicen en las razones del incremento de la tasa de las cesáreas, mucho menos en nuestro hospital. Por lo tanto, a nuestro entender, este es el primer estudio con un enfoque cuali-cuantitativo esperando aportar mayor información que permita intervenciones más efectivas dirigidas a detener el incremento exponencial del número de nacimientos abdominales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de los nacimientos por vía abdominal en el HEODRA y cómo explican los Gineco-obstetras el incremento del número de cesáreas?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Investigar la prevalencia de nacimientos por vía abdominal en el período comprendido del 10 de mayo al 30 de junio del 2011 y explorar la opinión de los gineco-obstetras sobre las causas del creciente número de cesáreas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de León y el rol que ellos se adjudican en ese incremento.

Objetivos Específicos:

- Describir las características socio-demográficas de la población de estudio, estratificándolas por vía del parto.
- Determinar la frecuencia de los nacimientos por vía abdominal y sus principales indicaciones, en el HEODRA durante el período de estudio.
- Investigar los aspectos, que de acuerdo a los gineco-obstetras, infieren en la toma de decisión de la vía del parto en el HEODRA y a nivel de la atención privada.
- Conocer la posición de los gineco-obstetras con respecto a la cesárea por petición materna.

MARCO TEORICO

Generalidades

La cesárea consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero^[30-32]. Esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en el caso de ruptura uterina o de embarazo abdominal^[32].

A finales del siglo pasado poco se podía hacer por la madre cuando no se podía dar el parto vaginal ya que la cesárea era el procedimiento quirúrgico más letal^[30].

El origen del nombre cesárea no está claro. Se cree que viene de la leyenda del nacimiento de Julio César, pero esta teoría se ha debilitado debido a que la madre de éste vivió por muchos años y en ese tiempo este procedimiento era post-mortem o tenía una elevada tasa de mortalidad^[30, 32]. Por lo tanto es más aceptada la teoría que este nombre proviene del Latín *caedere* que significa “cortar”^[30, 32].

El primero en describir la técnica de la cesárea como procedimiento médico fue *Mauriceau* en el Siglo XVII, donde se practicaba una histerotomía corporal sólo en casos excepcionales con una alta mortalidad. La primera cesárea practicada en una paciente viva obteniéndose un feto vivo fue realizada por *Giulio Cesari Aranzio* en 1578, la madre murió al mes de la cirugía. En 1882 *Max Sanger* populariza la técnica de suturar la histerotomía. En 1906, *Frank* introduce la técnica extra peritoneal con el fin de disminuir la peritonitis postquirúrgicas y en 1912 *Krönig* utiliza la técnica segmentaria con incisión longitudinal. La cesárea segmentaria transversal, el cual es el procedimiento más utilizado en nuestros tiempos, proviene de una modificación de la técnica de *Krönig* implementada en 1921 por *John Munro Kerr* y *Eardley Holland*^[30, 32].

Epidemiología

A nivel mundial, la tendencia generalizada de la prevalencia de las cesáreas es hacia el ascenso ^[33]. En países europeos como Inglaterra la tasa de cesáreas se ha incrementado exponencialmente, en 1980 ésta era del 8% y en el 2007 fue del 23% ^[34].

En Estados Unidos ha aumentado de 4.5 en 1965 a 25% en 1988 ^[32].

En Latinoamérica la cesárea se ha comportado de igual manera que en el resto del mundo con una tasa promedio en el 2007 de 29.2%, con cifras nacionales que van desde 1.7% en Haití y 7.9% en Honduras hasta 39.1%, 36.7%, 31.3% y 30.7% en México, Brasil, República Dominicana y Chile respectivamente ^[24]. En Nicaragua la tasa de cesáreas

oscila entre el 30 y el 35% en los hospitales públicos y del 40 al 50% en los servicios privados [6].

Indicaciones de cesárea

La indicación de la cesárea debe hacerse cuando el parto vaginal no es posible o cuando el riesgo para la madre y/o el feto es muy elevado.

Las cesáreas se pueden clasificar según el momento de la decisión en:

- Programadas: Cuando durante el control prenatal se ha establecido una causa que hace imposible el parto vaginal.
- De Emergencia: Cuando se altera la progresión del trabajo de parto o se presenta algún problema que implica un riesgo a la madre o al feto mayor que la cirugía misma.

Tabla 1. Indicaciones de cesárea^[30].

Absolutas	Relativas
Antecedentes de perineoplastias y fístulas	Antecedentes de pérdida fetal recurrente
Cardiopatía severa	Cáncer de cérvix
Cesárea anterior más presentación podálica	Condilomatosis vulvovaginal extensa
Cesárea corporal anterior	Eclampsia
Cesárea postmortem	Esterilización quirúrgica
Desprendimiento prematuro de placenta	Historia previa de infertilidad
Desproporción cefalopélvica (DCP)	Indicación de interrupción pretérmino
Distocia por anomalías de la contracción	Intervenciones previas sobre el cuerpo y el cuello del útero
Dos o más cesáreas anteriores	Período expulsivo prolongado
Estrechez pélvica	Embarazo post-término
Feto macrosómico	Presentación podálica
Herpes genital activo	Primigesta precoz o de edad avanzada
Inminencia de rotura uterina	Procidencia de cordón reducida
Miomas cervicales	Ruptura prematura de membranas (RPM)
Nefropatía severa	Sufrimiento fetal
Placenta previa oclusiva	Tumores pélvicos
Presentaciones y situaciones anormales	Voluntad de la paciente o la pareja
Trastornos neurológicos	
Trastornos psiquiátricos	

Las indicaciones de la cesárea pueden ser absolutas y relativas (tabla 1). Entre las absolutas se pueden mencionar la desproporción cefalopélvica (DCP), la placenta previa oclusiva total, la inminencia de rotura uterina, la rotura uterina, entre otros. Estos son casos en donde la vía abdominal es la única forma para extraer al feto.

En las indicaciones relativas se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en las que se ha planteado otra opción. Estos casos deben ser analizados detenidamente para tomar esta decisión. A veces es necesario practicar una cesárea por una serie de causas asociadas^[31].

Otra clasificación las divide en maternas, fetales, ovulares y materno-fetales ^[30].

Maternas	Fetales	Ovulares	Materno-fetales
Cicatriz uterina: mioma, reparación de rotura uterina	Distocias de presentación o de variedad de presentación	Placenta previa oclusiva total	Desproporción cefalopélvica (DCP)
Dos o más cesáreas anteriores	Macrosomía	DPPNI	Hemorragia grave del embarazo o parto
Cesárea corporal previa	Hidrocefalia, mielomeningocele, onfalocele, etc.	Procidencia de cordón	
Plastia vaginal	RCIU	Infección ovular	
Estrechez pélvica	SFA sin trabajo de parto		
Tumor previo	Enfermedad hemolítica grave		
Cáncer de cérvix	Púrpura trombocitopénica autoinmune		
Patologías sistémicas graves			
Hernias abdominales o inguinales grandes			
Herpes simple genital activo			

Complicaciones [30-32]

El riesgo de complicaciones es, en general, similar entre la primera cesárea y las subsecuentes, pero las complicaciones mayores son superiores en las cesáreas repetidas. Las complicaciones de una cesárea pueden ser:

Inmediatas:

Son las que se presentan durante la cirugía o en el postquirúrgico inmediato. Estas pueden ser:

- a. Prolongación de la incisión uterina hacia los ángulos, lo que puede ocasionar lesión de vasos sanguíneos y formación de hematomas.
- b. Lesiones de la vejiga, lo que puede ser más frecuente en cirugías repetidas cuando hay formación de adherencias.
- c. Complicaciones anestésicas: Hipotensión, cefalea, inyección subaracnoidea, convulsiones, bloqueo fallido^[35].
- d. Hemorragias de los senos venosos del segmento.
- e. Embolismo pulmonar de líquido amniótico o de origen vascular.
- f. Incisión de la placenta (Cuando no está implantada en el lugar adecuado).
- g. Atonía uterina
- h. Íleo paralítico
- i. Lesión del feto
- j. Atonía vesical

Tardías:

Se presentan en el puerperio tardío o inclusive meses después de la cirugía. Se enumeran a continuación:

- a. Hematoma de la pared abdominal al quedar un vaso sangrante en cualquiera de las capas incididas.
- b. Dehiscencia de la herida y/o eventración. Menos frecuente en la técnica Pfannestiel.
- c. Infección de la herida quirúrgica
- d. Abscesos de la herida quirúrgica
- e. Endometritis. Aparece entre el cuarto y quinto día postoperatorio.
- f. Infección urinaria post-cesárea. La mayoría de las veces se debe a una mala técnica en la colocación de la sonda Foley (aseo vulvar inadecuado). Suele aparecer a la semana de la cesárea.
- g. Fístulas del recto o de la vejiga. Son poco frecuentes y aparecen al mes de la cirugía.
- h. Hernia incisional. Muy rara en la Pfannestiel.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio:

Se realizó un abordaje de investigación cuali-cuantitativo. El componente cuantitativo consistió en un estudio de corte transversal y para la parte cualitativa se realizó un diseño emergente que incluyó 7 entrevistas a profundidad utilizando técnica de análisis de contenido.

Área de estudio:

El departamento de León tiene una superficie total de 5,138 km², está compuesto por 10 municipios, siendo su cabecera la ciudad de León^[30,31] localizada a 92 Km de la capital, Managua. León es una de las ciudades más grandes del país y es la segunda en importancia. Posee, además, un rico historial cultural e intelectual y es también conocida como “la ciudad universitaria”^[30,31].

El Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello es un hospital secundario de referencia departamental y regional. El departamento de Ginecología y Obstetricia cuenta con 5 salas (Labor y Partos, Alto Riesgo Obstétrico, Ginecología, Unidad Materno Infantil y Emergencia). La sala de labor y partos cuenta con un área de pre-labor y una sala de labor con 6 camas y 2 expulsivos. La sala de Puerperio o Unidad Materno Infantil (UMI) tiene un total de 35 camas, 8 – 10 en puerperio quirúrgico, aproximadamente 16 en puerperio fisiológico, 4 – 5 en la habitación de pacientes puérperas delicadas y aproximadamente 4 en puerperio patológico. La sala de Operaciones que sirve al Departamento tiene 4 quirófanos, 3 de ellos permanentemente activos para la atención de pacientes obstétricas y ginecológicas.

El departamento tiene 20 especialistas en Gineco-obstetricia y 30 residentes haciendo estudios de la especialidad. Se atienden aproximadamente 5,500 a 6,000 nacimientos por año.

Estudio de Cuantitativo de Corte Transversal

Población de estudio: Se incluyó al estudio el total de mujeres (750) a quienes se les atendió un nacimiento en el Departamento de Gineco-obstetricia del HEODRA durante el período de estudio. La fuente de información fue primaria y secundaria. Se realizó entrevistas directas a las pacientes y algunos datos del parto y del recién nacido fueron extraídos de los expedientes.

Período de estudio: 10 de Mayo al 30 de Junio de 2011.

Recolección y análisis de la información: Primero se creó un instrumento de recolección de la información que fue validado a través de un piloto y corregido antes de su aplicación.

Este se llenó en entrevista directa a cada participante a quién se le atendió un nacimiento durante el período de estudio y algunos datos del parto y recién nacido se obtuvieron directamente del registro médico hospitalario.

La información fue introducida en una base de datos en SPSS v. 16 [38]. Se realizó análisis univariado a través de medidas de tendencia central, y análisis bivariado calculando el Chi2 y su valor P como prueba de significancia estadística y OR y su IC 95% para tratar de establecer asociación.

Para este estudio se consideró parto vaginal la salida de un feto viable a través de los genitales maternos y parto abdominal la extracción del feto a través de una incisión de las paredes del abdomen y del útero [31].

Abordaje Cualitativo

Se realizaron entrevistas a profundidad cara a cara con Gineco-obstetras que prestan sus servicios profesionales en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA). Se inició con 2 facultativos que trabajan solo para el Ministerio de Salud con labor asistencial, después se consideró incluir ginecólogos con experiencia laboral MINSA y UNAN y se entrevistaron 3, finalmente se incluyó especialistas que tenían solo labor con UNAN y se seleccionaron 2. La decisión de cuantos y qué obstetras se entrevistaron fue basada en un diseño emergente, respondiendo a la información que se iba analizando y se condujo hasta alcanzar saturación. Los 7 facultativos entrevistados ejercen también de manera privada y 2 de ellos laboraron en una Clínica Previsional del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).

Para realizar las entrevistas se creó un ambiente de privacidad donde solo estaban entrevistadora y entrevistado(a), el lugar era cerrado para tratar de evitar interrupciones. En ninguna de las entrevistas se utilizó el nombre de los(as) participantes para garantizar la confidencialidad de sus respuestas. La investigadora logró una comunicación fluida con los(as) entrevistados(as) al momento de la entrevista lo que incrementó la confiabilidad de las respuestas. Las entrevistas fueron grabadas con previa autorización pero solo con fines de transcripción sin pérdida de información.

El diseño fue emergente. Cada entrevista era grabada y guardada en formato MP3 en la computadora personal de la investigadora, la cual tiene clave de seguridad, usando pseudónimos para proteger el anonimato de los entrevistados. Posteriormente la investigadora principal realizaba la transcripción “verbatim” y las codificaba utilizando el programa Open Code 3.6 [39]. Una vez codificadas se realizó el análisis utilizando la técnica de análisis de contenido, agrupando la información siguiendo los contenidos que respondieran a los objetivos del estudio.

Una vez que cada entrevista se analizaba, a partir de los hallazgos de esta se decidía quien era el (la) siguiente entrevistado(a) y si se incluía o modificaba algo de la guía de entrevista para profundizar en un aspecto o simplemente para confirmar un hallazgo. Al final, los entrevistados tenían rangos de edades diferentes y diferente sexo, siendo esta una manera de aumentar la credibilidad del estudio. Se recogió información hasta que esta se tornó repetitiva y no surgía nada nuevo, entonces se consideró que se alcanzó el punto de saturación y esto fue a partir de la antepenúltima entrevista, entonces se detuvo la recolección.

Para ayudar a incrementar la credibilidad de este estudio se utilizaron diferentes técnicas cualitativas como por ejemplo la triangulación al usar metodología mixta de investigación, el intercambio de pares ya que los análisis realizados por la investigadora eran revisados por la tutora y ella realizaba comentarios sobre los hallazgos.

Se llevó un diario de cada entrevista en donde se anotaba detalladamente las percepciones con respecto al lenguaje no verbal y verbal.

Consideraciones Éticas:

Se solicitó autorización al comité de Ética de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN - León) para la realización de este estudio. Se obtuvo consentimiento informado de cada médico entrevistado y se mantuvo una estricta confidencialidad al usar pseudónimos para citar a los informantes cuando fue necesario, se explicó claramente a cada informante su derecho a negarse a participar, o a retirarse de la investigación en cualquier momento.

Toda la información que generada será presentada tanto a la comunidad como a los profesionales y servicios involucrados, con el fin que sirva para el proceso de toma de decisión.

RESULTADOS

Componente Cuantitativo

Se realizó primero un estudio de corte transversal que incluyó un total de 750 mujeres cuyo nacimiento (vaginal o abdominal) fue atendido en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) de la ciudad de León, durante el período comprendido del 10 de mayo al 30 de junio del año 2011.

Características socio demográficas

El 65% de las participantes tenían entre 20 y 35 años y 34% eran menores de 20 años. En cuanto al estado civil, 85% tenían pareja al momento de la entrevista (casadas o acompañadas). Solo 4% eran analfabetas, 42% habían completado la primaria y 38% la secundaria (Tabla 1).

Ninguna variable sociodemográfica mostró asociación al nacimiento por cesárea. (Tabla 1).

Tabla 1. Características socio demográficas de la población de estudio de acuerdo a la vía del nacimiento. HEODRA, León 10 de Mayo al 30 de Junio del año 2011.

	Total (n=750)	Vaginal (n=458)	Cesárea (n=292)
Edad			
≤19	29%	34%	24%
20-34	65.5%	62%	69%
≥35	5.5%	4%	7%
Estado Civil			
Casada/Acompañada	85.5%	84%	87%
Soltera	14.5%	16%	13%
Escolaridad			
Ninguna	3.5%	4%	3%
Primaria	42%	42%	42%
Secundaria	38.5%	40%	37%
Técnica/Universitaria	16%	14%	18%

Fuente: Primaria y Secundaria
p>0.05

Antecedentes Obstétricos

De un total de 750 participantes:

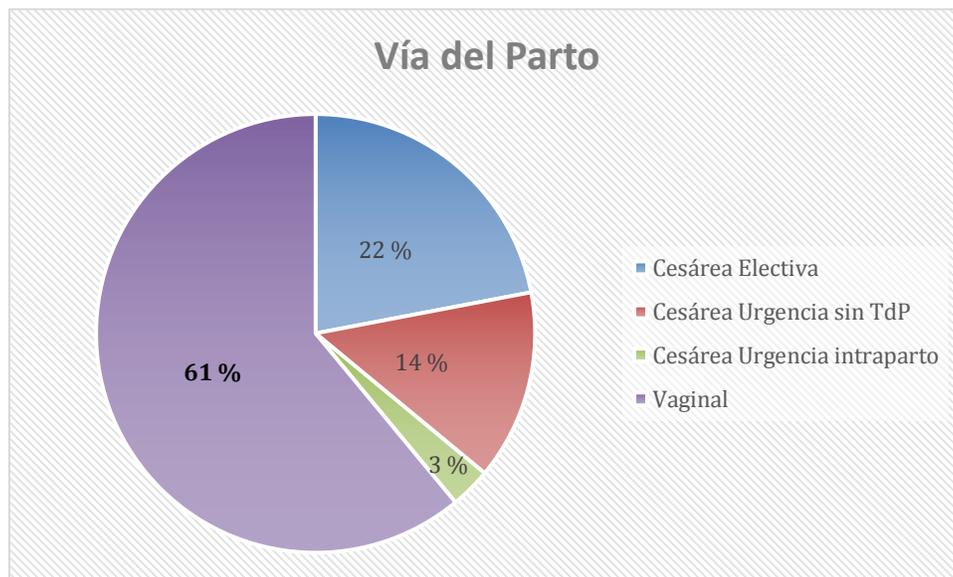
- 318 no tenían antecedente de embarazo (42.4%).
- 432 (57.6%) tenían embarazo(s) anterior(es), 325 (75.2%) habían tenido entre 1 -2 y 107 (24.8%) habían tenido de 3 a más.

De las 432 que tenían embarazos anteriores, el resultado del último embarazo fue:

- 278 (64%) parto por vía vaginal.
- 115 (27%) parto por vía abdominal.
- 39 (9%) abortos.

Resultado del embarazo en estudio

Figura 1. Vía del Parto. HEODRA, León 10 de Mayo al 01 de Junio del año 2011.



Fuente: primaria y secundaria

El 61% (n=458) de los nacimientos en el período de estudio fueron por vía vaginal y 39% (n=292) nacieron por vía abdominal (Figura 1). El índice de cesárea de la institución para el período de estudio fue de 39%.

De las 292 cesáreas realizadas:

- 115 (39%) tenían cesárea anterior.
- 70 (24%) fueron cesáreas en pacientes sin antecedente de embarazo (primigesta), 31% del total de primigestas fueron atendidas por vía abdominal.
- 107 (36.6%) fueron cesáreas en pacientes que tenían antecedente de parto vaginal en su último embarazo.

Quién asistió los nacimientos:

- Especialista en Gineco-Obstetricia 18%
- Residente de Gineco-Obstetricia 79%
- Médico Interno 3%

Patologías durante el embarazo o trabajo de parto y su relación a nacimientos por cesárea.

Se estudiaron en total 18 patologías que se asocian a embarazo o complicaciones de este, y posteriormente revisó su asociación al nacimiento por cesárea. Los resultados se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Patologías durante el embarazo y su asociación o no a partos abdominales. HEODRA, León 10 de Mayo al 30 de Junio del año 2011.

Patologías(n=176)	Vaginal	Cesárea	ORc (IC 95%)	p
Hipertensión crónica (n=8)	75%	25%	0.52 (0.07-2.84)	0.41
Hipertensión gestacional (n=35)	49%	51%	1.70 (0.82-3.54)	0.120
Pre-eclampsia (n=19)	37%	63%	2.76 (1.00-7.85)	0.028
Eclampsia (n=1)	0	100%	—	—
RPM* (n=79)	72%	28%	0.57 (0.33-0.99)	0.03
Anemia (n=18)	56%	44%	1.26 (0.45-3.51)	0.62
Condilomatosis (n=13)	31%	69%	3.61 (1.01-14.04)	0.02
Diabetes (n=3)	0	100%	—	—

Fuente: primaria y secundaria.

*RPM= Ruptura Prematura de Membranas

La Pre-eclampsia se vio significativamente asociada a nacimientos por cesárea en esta población (ORcrudo =2.76; IC: 1.00-7.85; p: 0.028). El único caso de Eclampsia en el período de estudio fue atendido por vía abdominal. La Condilomatosis vulvo-vagino-cervical estuvo también significativamente asociada a cesárea (ORcrudo= 3.61; IC: 1.01-14.04; p: 0.02). A diferencia de las anteriores, la ruptura prematura de membranas se comportó como un factor protector de cesáreas (ORcrudo=0.57; IC: 0.33-0.99; p: 0.03) (Tabla 2). Las tres pacientes diabéticas a quienes se les atendió un nacimiento durante el período de estudio tuvieron productos macrosómicos y fueron atendidas por cesárea.

Tabla 3. Inicio del trabajo de parto. Hospital Oscar Danilo Rosales Argüello, León 01 de Mayo 30 de Junio del año 2011.

Inicio del trabajo de parto	Vaginal	Cesárea
Espontáneo* (n=511)	87%	13%
Inducido (n=20)	70%	30%
Sin TdeP** (n=219)	-	100%

Fuente: Primaria y Secundaria

* p= <0.05

**Sin TdeP= Sin trabajo de parto

Inicio de trabajo de parto

El 68% (n=511) de las participantes tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo y en 3% (n=20) fue inducido. El 29% (n=219) tuvo cesárea sin trabajo de parto.

De las que tuvieron inicio de trabajo de parto espontáneo, solo el 13% terminó en cesárea, en cambio entre las que tuvieron inicio de trabajo de parto inducido el 30% concluyó en cesárea. (Tabla 3)

El inicio de trabajo de parto espontáneo se comportó como factor protector de cesárea (p= 0.00).

De las 20 participantes en las que se realizó inducción del trabajo de parto, en 11 (55%) fue con oxitocina y en 9 (45%) con Misoprostol. Tres (27%) de las inducidas con oxitocina y 2 (22%) de las inducidas con Misoprostol terminaron en nacimiento por cesárea. Ninguno de los dos métodos se asoció a cesárea.

Dos participantes tuvieron óbito fetal, su parto fue inducido y el nacimiento fue por vía vaginal.

Tabla 4. Indicaciones para realización de cesárea. HEODRA, León 10 de Mayo al 5 de Julio del año 2011. (n=292)

Indicación	Porcentaje
Cesárea Anterior	39
Sufrimiento fetal agudo (SFA)	27
Otra indicación fetal	11
Desproporción céfalo-pélvica (DCP)	7.2
Herpes/Condiloma	6.5
Complicación médica materna	5.5
Embarazo múltiple	5.5
Pre-eclampsia/Eclampsia	4.1
Presentación viciosa	3.7
Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)	2.4
Fallo de inducción	1.7
Sangrado vaginal en el 3er trimestre	1

Fuente: Primaria y Secundaria

Las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron: Cesárea anterior 39% y Sufrimiento Fetal Agudo 27%. En este último caso, no se encontró relación entre la indicación de cesárea por Sufrimiento fetal con el estado del bebé al nacer, ya que el 100% de ellos tuvieron score de Apgar al minuto igual o mayor de 8, con buen estado general y no se encontró en el expediente indicación de maniobras intra-útero previas a la cesárea. El único bebé atendido por vía vaginal que nació con depresión respiratoria severa, su cesárea no tuvo como indicación sufrimiento fetal sino que fue cesárea por embarazo gemelar.

El promedio de días de estancia hospitalaria, para los niños nacidos por vía vaginal que ingresaron a Unidad de Cuidados Especiales fue de 2.5 días, en contraste a 3.9 para los niños nacidos por cesárea ingresados a la misma sala.

El promedio de días de estancia para los partos vaginales fue de 0.8 y para las cesáreas de 2.2.

Componente Cualitativo

Se realizó siete entrevistas a profundidad con médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA). Cuatro eran mujeres y tres varones. La selección de los especialistas fue por conveniencia. Se escogieron

de diferentes rangos de edades por lo tanto con años de experiencia diferentes, que tuvieran atención en ambiente público y privado, 4 de ellos además eran docentes universitarios.

Se utilizó un diseño emergente. A medida que se iba realizando las entrevistas iban siendo transcritas por la investigadora principal y analizadas. De acuerdo a los hallazgos se revisaba la guía, en que se necesitaba profundizar, que de nuevo había surgido que interesara explorar y a quien se iba a entrevistar a continuación. A partir de la cuarta entrevista las respuestas de los aspectos relevantes a los objetivos comenzaron a ser redundantes, se completaron 7 entrevistas y se concluyó la recolección.

Fue claro en las respuestas de las entrevistas como difiere el manejo cuando el facultativo está ejerciendo en el sistema público, en el INSS o en el privado. En el sistema público de salud los obstetras se rigen por las normas y protocolos del Ministerio de Salud con las que son evaluadas periódicamente. En el INSS solo recientemente se comienza a evaluar el uso de las normas nacionales. En el privado los facultativos refirieron guiarse por su experiencia, en este último su conducta terapéutica nunca es evaluada a menos que medie una demanda.

Cuando se preguntó a los obstetras su opinión sobre el incremento de las tasas de cesáreas en nuestro país señalaron que son muchos los factores que contribuyen a esto. Refirieron que en su institución las tasas oscilan entre 30 y 50%.

“...la verdad que nosotros mantenemos una tasa entre el 35 y 40%. “ Obstetra 6

“...a nivel de nuestro hospital la tasa se ha subido exageradamente en los últimos 4 o 5 años... generalmente hemos andado por encima del 40 y casi rozando el 50%.” Obstetra 7

Todos los especialistas refirieron el hecho de que en el HEODRA se realiza siempre cesárea iterativa. Ellos en general concuerdan en que el hospital no tiene los recursos necesarios para atender un parto posterior a una cesárea (no hay recursos humanos suficientes, el banco de sangre no está en el hospital, hay pocos quirófanos disponibles, no se puede monitorear adecuadamente la dinámica uterina por falta de equipos) y por lo tanto prefieren realizar una cesárea para evitar posibles complicaciones como la rotura uterina.

“...en nuestro hospital existen condiciones que no abonan a que usted se arriesgue como obstetra a dar un parto post cesárea, a veces no hay sangre, no hay un quirófano disponible en la sala de labor y parto, con personal disponible, entonces eso...este...te determina que cesárea anterior sea cesárea.” Obstetra 1

“...yo no me atrevería a atender un parto post cesárea, porque las dificultades para obtención de sangre inmediata para la atención de una rotura uterina no las tengo a mano. Si con los pacientes que están programados fijos no hay sangre en el momento que

uno la requiere, mucho menos para una decisión de emergencia. Entonces... yo pienso que mientras el hospital no tenga... no cumpla con todas las decisiones como tal de la atención de inmediato de urgencia de un parto posterior a una cesárea este no debería de realizarse... Obstetra 2

*"...nosotros no realizamos el parto vaginal posterior a una cesárea, sobre todo porque no tenemos muchas veces información de todos los incidentes que sucedieron en la cesárea anterior con la paciente, en nuestro país, cesárea anterior significa cesárea para siempre.
" Obstetra 7*

Dos de los especialistas refirieron que saben de casos que en el hospital se haya ofertado la posibilidad a la paciente de un parto posterior a una cesárea, pero solo si cumple cierto requisitos, como por ejemplo que la cesárea previa no haya sido por una causa absoluta como DCP, que el período intergenésico sea mayor de 24 meses, que el producto sea de un tamaño dentro del rango normal. En general ellos dicen que las pacientes siempre rehúsan porque, según ellos, vienen con el estigma de que es mucho riesgo tener un parto vaginal después de una cesárea y no aceptan otro procedimiento. Sin embargo, 3 de los entrevistados estuvieron en desacuerdo pues mencionaron que es una norma del Ministerio de Salud que se realice la cesárea iterativa y que no se de parto vaginal posterior a una cesárea.

"...sí la causa anterior no fue una causa absoluta, la paciente logra tener el intervalo, no hubo complicaciones, se tiene el expediente se puede dar (el parto post-cesárea). Pero algunas no aceptan e incluso tenemos que pedirle que firme que rehúsa, pero muchas de ellas dicen 'yo soy cesárea y vengo para cesárea', ¿ya? Esa es una de las cosas que nos cuesta romper definitivamente." Obstetra 3

"...en nuestro hospital pues, en la sala de ARO la cesárea anterior siempre es cesárea, en la sala de labor y parto la cesárea anterior siempre es cesárea..." Obstetra 1

"Ahora el problema de que la cesárea anterior sea siempre cesárea no es una decisión individual de la unidad hospitalaria, ni del médico, sino que es una disposición ministerial. Es una NORMA del Ministerio de Salud que la cesárea anterior sea cesárea." Obstetra 6

"Verdaderamente no nos la podemos... quitar... dijera yo... (la cesárea iterativa)...en nuestras normas no está que se pueda dar un parto vaginal...posterior a una cesárea." Obstetra 7

Prácticamente todos los entrevistados argumentaron que la cesárea iterativa es la que viene a sobrecargar los índices de cesáreas en el hospital, por la razón mencionada que no se da

parto vaginal posterior a una cesárea. Ellos consideraron que las otras causas de partos abdominales, como el sufrimiento fetal agudo (SFA), las desproporciones céfalo-pélvicas (DCP) y presentaciones viciosas por si solas no sobrepasan las tasas recomendadas por la OMS.

I: ¿Entonces usted cree que las cesáreas anteriores es lo que está aumentando la tasa?

E: Sí (ENFATICAMENTE). Obstetra 3

“El hecho de que ya traigan una cesárea previa es la principal indicación para cesárea... Si existieran protocolos definidos y todos los recursos: banco de sangre, quirófano disponible, recursos humanos se disminuiría bastante la tasa de la cesárea.” Obstetra

4

Siguiendo con esto, dos de los especialistas mencionaron a los embarazos adolescentes como un factor que está aumentando las tasas de cesárea ya que cada día las embarazadas que acuden al hospital son más jóvenes. Uno de los especialistas menciona que ha tenido pacientes de 13 o 14 años que definitivamente no tienen sus órganos reproductores desarrollados y por lo tanto a estas pacientes se les tiene que hacer cesárea. Y debido a la conducta de realizar la cesárea iterativa estas jovencitas siempre van a tener partos abdominales. Por esto, uno de los obstetras enfatiza en el hecho de que debe haber una buena educación sexual y ofertarle a los jóvenes métodos de planificación familiar para retrasar los embarazos en las adolescentes.

“...es probable que ha aumentado también este índice las mujeres jóvenes... Primigestas de muy temprana edad, sobre todo las adolescentes. Y si nosotros sabemos por anatomía que las adolescentes no tienen todavía bien formado su aparato genital, incluyendo la parte ósea, entonces esto motiva verdad también a que se incremente el índice de la cesárea.” Obstetra 5

“...yo pienso que otro de los elementos que pueden influir (en disminuir la tasa de cesáreas)... es trabajar a nivel educativo... es por ejemplo la cobertura que se le da a una mujer joven para meterla a planificación familiar de una forma más sólida y desplazar ese primer evento obstétrico a una edad mayor. Pienso que es uno de los puntos que sería a largo plazo y de impacto para que esta joven tenga la oportunidad de su parto vaginal con una pelvis más óptima, una joven más desarrollada.” Obstetra 3

Como otro factor, todos los entrevistados mencionaron que los médicos en algunas ocasiones actúan guiados por el temor a tener resultados obstétricos y perinatales negativos. Eso puede llevar a que los médicos sobre-diagnostiquen SFA u otros problemas fetales e indiquen una cesárea sin aplicar medidas intra-útero. O sea, que antes de verse envueltos en un problema con el producto o con la madre prefieren realizar una cesárea antes que tomar riesgos. Uno

de los obstetras refiere que en la actualidad hay muchas personas que andan tras los médicos esperando que comentan el mínimo error para aconsejar a las familias de los pacientes que entablen demandas en contra de ellos y por lo tanto es mejor evitarse problemas.

“...definitivamente tiene que ver el cansancio del residente en el momento de la atención del parto, el ‘mejor no me expongo a que este niño vaya a salir con un sufrimiento, con una asfixia, con un Apgar bajo porque si no me van a llamar la atención’,... Probablemente un mal examen obstétrico... o más bien diría... la desesperación... o la rapidez de querer sacar a un niño ya y que salga bien.” Obstetra 2

“...uno con el sufrimiento médico, ya no sufrimiento fetal sino que sufrimiento médico por querer entregar a la madre un niño bueno, sano, y la institución que no tenga tampoco ningún grado de complicación, entonces uno pueda ser que cometa un poquitín más el exceso de la cesárea.” Obstetra 5

¿Considera usted que hay algunos diagnósticos de sufrimiento fetal que en realidad NO son sufrimiento fetal? “...ante la duda o de que yo tenga un niño con asfixia que puede llegar a ser severa y no recuperada... obviamente prefiero hacerle la cesárea. Entonces yo siempre estaría de acuerdo en que hay que pensar y ponerse en el papel de la otra persona de que si es tu hijo no lo querrás tener con secuelas, entonces prefiero mejor pecar en exceso que quedarme corto pues.” Obstetra 6

“Muchas veces no es el mal diagnóstico si no que el sobre diagnóstico (de SFA)... Y de hace 2 o 3 años para acá el temor que se tiene a las demandas... médicas, creo que eso es justificado... creo que cualquiera si no tiene los medios diagnósticos para confirmar (enfátiza) nuestra sospecha, creo que está justificado llevarlo a cesárea... además andan abogados que llamamos ‘leguleyos’ a la caza de cualquier posible denuncia para beneficio de ellos...” Obstetra 7

Los médicos no solo mencionan el temor como algo inherente a los facultativos, refirieron que hay miedo también entre las pacientes, en la actualidad las pacientes están más predispuestas a solicitar cesárea (especialmente en el privado) por miedo al dolor producido por las contracciones uterinas. Miedo que ha sido infundado por amigas que han tenido partos vaginales o por las mismas madres de las pacientes que no quieren ver a sus hijas sufrir. Incluso uno de los facultativos mencionó que las pacientes creen que hasta el bebé sufre más en un parto vaginal y que por lo tanto prefieren el parto abdominal. En privado esta situación, según los galenos, tienen una expresión un tanto diferente, ahí como las pacientes pagan consideran que tienen derecho a solicitar su preferencia, se trata de una relación cliente/proveedor de acuerdo a 6 de 7 entrevistados.

“En las generaciones previas la mujer tenía la idea que el parto vaginal era mejor; en la actualidad la tendencia moderna es que la cesárea es más rápida y la mujer no va a sufrir dolores” Obstetra 2

“...la mayoría de las mujeres no quieren sentir los dolores de parto...con el mínimo de dolor que sienten ya se están muriendo. Entonces, la mayoría te la pide (la cesárea) para evitar los dolores que digamos, se les ha ido transmitiendo por la mamá, las amigas... que son los dolores más horribles que pudieron haber sentido en toda su vida. Entonces ya la mujer viene predispuesta de que esos dolores la van a matar, o de que le van a matar al bebé.” Obstetra 4

“Si la paciente pide una cesárea en el privado eso lo dejo directamente a su decisión, uno tiene obligación de explicarles las ventajas y desventajas de ambos. Pero como la paciente paga, ella es la que orienta el procedimiento.” Obstetra 5

“Si la paciente pide la cesárea en el privado... se la hacemos... porque la relación es cliente - proveedor y el cliente siempre tiene la razón (sonríe al decirlo).” Obstetra 7

En el HEODRA la situación es diferente, las pacientes que acuden a este hospital normalmente son pacientes de escasos recursos, y como explican tres de los galenos entrevistados, estas acudieron a un centro de atención primaria para sus Controles Prenatales (CPN) y llegan al hospital a ser atendidas por desconocidos y por lo tanto tienen mayor desconfianza y ansiedad. Pero entienden que eso es algo propio del sistema y que sería muy difícil cambiarlo, y como no pagan por el servicio no se sienten con el mismo derecho que cuando lo hacen.

Los médicos también hablaron del hecho que en los centros de salud no se les da suficiente consejería/preparación a las pacientes con respecto al trabajo de parto, cosa que según ellos garantizaría mejores resultados a nivel hospitalario. Refieren que las pacientes con una buena educación prenatal entenderían el trabajo de parto como algo normal y no como una patología.

Uno de los entrevistados incluso refirió que a veces los médicos de los centros de salud les dicen a las pacientes que deben hacerles cesárea y cuando llegan al hospital y se recomienda un parto vaginal comienzan los problemas porque la paciente que llega predispuesta a cesárea generalmente protesta.

“El hecho que las pacientes vengan al hospital a ser atendidas por desconocidos genera una ansiedad, un estrés, que unas lo van a superar y otras no... esto puede ser la gota que rebalsa el vaso de eventos negativos que la paciente ha tenido que vivir... pero eso son cosas del sistema... y no hay de otra...” Obstetra 3

“Hay pacientes que desde que vienen de los centros de salud trasladadas a esta unidad, algún médico por su centro de salud las ha valorado pensó que tenía algún criterio para cesárea y se lo exteriorizó a la paciente y a sus familiares y ya la paciente viene con la idea vendida aquí de que su parto va a terminar en cesárea.” Obstetra 1

“Si existiera una buena educación en el CPN o en los ejercicios del parto psicoprofiláctico la mujer colaboraría... ella y el esposo o la familia entenderían el proceso del trabajo de parto como algo normal y no como una patología en la cual hay que sacar al bebé lo más pronto...” Obstetra 4

Por eso al preguntar sobre los factores que intervienen a la hora de decidir una cesárea los médicos entrevistados aclaran que son completamente diferentes en el hospital público que en el sistema privado. Uno de los obstetras refiere que en el HEODRA el parto abdominal es decidido basado en las indicaciones absolutas y relativas; otro menciona que depende de las decisiones individuales de la persona que está atendiendo a la paciente. Dos obstetras refieren que en ocasiones hay una pobre valoración de las indicaciones de la primera cesárea y por lo tanto condenan a esa paciente a las cesáreas iterativas. También, tres de los especialistas mencionan que el hecho de no querer tener problemas sobre todo con el producto hace que los médicos ante una duda de tener algún evento intra-útero decidan la cesárea antes de que el bebé presente alguna complicación.

“Por lo menos el Ministerio de Salud se juega el diagnóstico definitivo y sus factores de riesgo que empiezan a jugar con un diagnóstico... si ya sea por una indicación absoluta o relativa. Entonces... no podemos individualizar ni decir que hacemos cesárea solo porque queremos hacer cesárea...” Obstetra 6

“La preferencia de hacer una cesárea dentro del hospital público también depende del plano... individual de la persona que está manejando a esa paciente.” Obstetra 3

“...habría que evaluar que tanto los médicos en la actualidad están haciendo un trabajo propiamente obstétrico, debido a que igual por el temor a obtener una falla en la atención del producto, es este caso un sufrimiento o una muerte fetal intraparto, el médico puede desesperarse en determinado momento e indicar la cesárea con una presura “X”.” Obstetra 2

“Pero a veces tal vez se hicieron 20 sufrimientos fetales...y tal vez en 5 no se encontró ningún dato patológico. Por eso te digo eso va a depender de cuanto...mejoremos en la calidad técnica... Pero... yo siempre he pensado que la parte clínica es la que debe de prevalecer, a la hora de tomar decisión. Y antes de equivocarme prefiero mejor hacerle la cesárea.” Obstetra 6

En cambio, en el sistema voluntario los factores que intervienen son la decisión de la paciente y su familia sobre la vía del parto que desea, el factor monetario y la comodidad de ambas partes para programar el parto abdominal.

Todos los médicos expresaron que en todos los sistemas el hecho que una paciente haya tenido una cesárea previa es un factor determinante importante a la hora de indicar la siguiente porque no se arriesgarían a dar prueba de parto vaginal por los riesgos que esto implica y porque no hay condiciones.

Dado el hecho que las cesáreas están incrementándose en nuestro medio se les preguntó a los médicos si ellos consideraban la cesárea como un procedimiento inocuo o de riesgo y seis de los entrevistados sin dudar respondieron que es un procedimiento de riesgo que tiene mayor morbi-mortalidad que el parto vaginal. Refieren que desde el momento que se somete a la paciente a la anestesia esta tiene mayor riesgo de una complicación, también mencionaron que es una cirugía donde se abre la cavidad abdominal de la paciente y por lo tanto hay riesgo de infecciones. Uno de los obstetras incluso mencionó que es mayor la frecuencia de la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN) en los bebés que nacen por vía abdominal en comparación con los que nacen por vía vaginal. Otro de los galenos entrevistados mencionó que aunque ellos comprendan bien los riesgos las pacientes los minimizan probablemente por culpa de los mismos médicos que no han explicado bien a las pacientes el procedimiento.

“Todo acto quirúrgico tiene un alto riesgo desde el momento que estas sometiendo a la paciente a una analgesia... Hay todas las complicaciones que llevan los bloqueos y todas las complicaciones que lleva la anestesia general. Después venís y a la paciente le estas agregando morbilidad, es una paciente que le estas abriendo su cavidad abdominal... además ¿Y por qué se da la taquipnea transitoria del recién nacido, en quien es más frecuente? En la cesárea.” *Obstetra 1*

I: Pero la cesárea es un procedimiento de riesgo...

“¡Claro que te podés morir por una cesárea! Desde que empiezan a inducirte la anestesia. Si la paciente no debe de sentir que va de ‘shopping’ al supermercado... La mayoría de la gente siente así... nosotros hemos tenido la culpa, no explicamos.”
Obstetra 6

Fue llamativo que uno de los facultativos refirió considerar que dependiendo de cómo el médico realice la cesárea se pueden evitar complicaciones que se pueden presentar.

I: Pero la cesárea tiene más complicaciones para la madre que el parto vaginal...

“Depende de cómo se haga. Y todos los medios y recursos que puede tener uno a su alcance para evitar las complicaciones que se puedan dar.” Obstetra 5

Se conversó con los médicos sobre si ellos consideraban la cesárea como un procedimiento más seguro para evitarles a las pacientes sufrir en un futuro trastornos de estática pélvica al dar a luz por vía vaginal. Uno de los entrevistados comentó que hay diferentes opiniones internacionalmente sobre ese tema en particular, que si es cierto que el parto vaginal incrementa en un 23 a 25% más la incidencia de incontinencia urinaria pero que es algo que todavía está en debate. Tres de los obstetras refirieron que eso depende de cada paciente y que no todas las que paren tienen problemas de estática pélvica y que incluso hay mujeres que tuvieron a sus hijos vía cesárea y que tienen ahora estos problemas. Uno de estos médicos aclaró que esto podría estar aumentando las tasas de cesáreas en el privado únicamente porque esta no es una indicación de cesárea en el hospital. Finalmente, uno de los entrevistados dijo categóricamente que el parto si contribuye a los trastornos de estática pélvica y que la cesárea sería mejor para evitarlos.

“...en la actualidad... hay una... confusión, diría yo, en el aspecto internacional que es lo mejor para la mujer: si el parto vaginal o la cesárea, la sociedad internacional de incontinencia refiere que todas las mujeres que van a parto vaginal la incidencia o la prevalencia de incontinencia urinaria puede aumentar...Mientras que con la cesárea se ha visto disminuida. Pero, por otro lado está el aspecto obstétrico como tal en el cual siempre se pregona que la vía vaginal es la más adecuada. Entonces allí como que hay un dilema en la actualidad en que es lo mejor, si el parto por vía vaginal o por cesárea.”
Obstetra 2

“Eso depende de la contextura de cada paciente. Hay pacientes que aunque le hagas cesárea pueden tener una insuficiencia en el piso pélvico... Se aumentarían, digamos, las tasas de cesárea si nos quedamos con el concepto de que una cesárea le va a prevenir una alteración del piso pélvico a la mujer.” Obstetra 4

“Obviamente el parto contribuye a los problemas de estática pélvica. Pero a veces no vas a poder definir que si esa persona... va a tener problemas de estática pélvica. Obviamente el parto tiene que ver muchísimo, el porcentaje y las estadísticas dicen eso. Eso no hay vuelta de hoja.

I: Entonces, ¿Es mejor la cesárea?
¡Claro!”

Obstetra 6

Continuando con lo discutido con los obstetras se conversó sobre quien toma la decisión de indicar una cesárea. Según las respuestas de ellos fue obvia la diferencia entre el hospital público y el privado. Todos los informantes dejaron claro que en el HEODRA la decisión de un

parto abdominal la toman los médicos basados en sus conocimientos de obstetricia y siguiendo las indicaciones absolutas y relativas. Uno de los doctores mencionó que en ocasiones se hace hasta por órdenes superiores aunque la paciente no tenga indicaciones. Uno de los obstetras refirió que puede ser que haya abuso de las indicaciones relativas.

“En el hospital (la decisión de la cesárea) la toma el médico (lo dice entre risas) porque la verdad de las cosas... que no la toma porque tiene indicaciones, que debería ser porque tiene indicaciones, a veces es hasta por órdenes superiores: ‘hágale cesárea’... Si aquí el colega te está comenzando a decir que quiere que le hagas cesárea y no define bien sus criterios de por qué quiere la cesárea, y no está valorando las indicaciones ni absolutas ni relativas de la cesárea, entonces ¿Cómo le vas a pedir vos a una persona que no es estudiada que tenga esa conciencia?” Obstetra 1

“A veces se hace abuso de indicaciones que tal vez no son absolutas... son relativas... Desde allí empieza un problema.” Obstetra 2

“Aquí (en el HÉODRA) la que se gana una cesárea es porque realmente ni modo pues, hay una indicación ya sea absoluta o relativa o en general se llegó a una conclusión que el mejor camino de concluir ese embarazo es haciendo una cesárea.” Obstetra 6

En cambio, en el privado ellos refieren que se llega a un consenso entre el médico y la paciente. Esto sucede según uno de los entrevistados porque casi siempre la paciente ya trae una idea previa basada en lo que le han dicho anteriormente. Otro de los galenos refiere que si él considera que la paciente no tiene indicaciones de parto abdominal esta simplemente va a ir a buscar a otro que le practique la cesárea. Por lo tanto, refiere otro, lo que da la pauta es la capacidad económica de la paciente y lo que le paga al médico. Otro de los entrevistados lo percibe como presión por parte de los pacientes para que se haga como ellos dicen.

“Porque si la paciente quiere parto por vía cesárea, y yo como médico le digo que tiene que ir a parto... vaginal... pero ella quiere cesárea, y si yo no le hago la cesárea lo más probable es que busque a otra persona y este sí se la realice... Y entonces al final, en el privado, la decisión esta compartida, diría yo. Tanto el médico como el paciente.” Obstetra 2

“Me imagino que en el privado existe, tal vez, presión todavía aún más del paciente, en un momento dado. Porque son gente que... no quieren, sencillamente no quieren... no quieren trabajo de parto.” Obstetra 3

A pesar de que en todo momento se sintió que los facultativos trataban de no aceptar abiertamente la cesárea, cuando se les preguntó por qué consideraban ellos que la tasa de cesáreas es tan alta en el privado, la mayoría coincidieron en que la tendencia moderna es la cesárea ya que es más rápida y la mujer no sufre dolor, refirieron que de una u otra manera la paciente en el privado pide la cesárea desde el comienzo por el miedo que se le ha infundado sobre los dolores de parto, ya sea por parte de su madre o de sus amigas. Y uno de los obstetras dice categóricamente que si una paciente no quiere parir no lo va a hacer aunque se le oferte analgesia del parto por lo que es mejor respetarla.

“Te voy a decir algo. Si llega la paciente y no quiere parir. ¿Qué crees vos que como pueda ser ese trabajo de parto si la paciente no quiere parir? ¿Te imaginás como va a ser?”

I: ¿Difícil?

E: Está bien indicada su cesárea (sonríe). Antes que te cause algún problema.”
Obstetra 6

Refieren también que en el privado las pacientes tienen un mejor nivel de educación y ejercen una mayor presión en los médicos los cuales, a la vez, tienen temor a tener un resultado negativo del producto al ofrecer parto vaginal cuando la paciente no lo quería poniendo en riesgo su prestigio y también arriesgándose a que ella entable una demanda en su contra.

“A veces la paciente que te llega al privado son pacientes que están por ejemplo en los bancos, están en las universidades ya sean estatales, privadas, ¿ya?, y en cierta manera ejercen una... una... presión mayor.”
Obstetra 3

“... te voy a platicar... vos la convencés (que tenga parto vaginal), tu paciente te acepta, comenzás el trabajo de parto... se presentan los problemas que hay en el trabajo de parto y terminaste en cesárea. Al final... ¿Qué hiciste? ¿Quién quedó mal? Quedaste mal vos. Cuando te lo pudiste haber evitado...”
Obstetra 1

“La tasa de la cesárea es altísima... altísima... y es por el temor a las demandas y por el temor a la solución más rápida, por la mejor vía... supuestamente... y que rinda los dividendos adecuados... soy obstetra y mi prestigio es uno... ves... y mi código de conducta debería ser uno. Pero hay más demandas a nivel privado... Deberíamos de tratar... pero tanto en el privado como aquí estoy sola ante una demanda ¿verdad? Pero en el privado puedo manejar las cosas desde otro punto de vista y muchas veces ante el temor de un fracaso obstétrico o perinatal uno opta por la cesárea. Hay que ser honesto.”
Obstetra 7

De acuerdo a los hallazgos de las entrevistas los médicos no solo actúan por miedo en la decisión de la cesárea. Influyen también sus horarios de trabajo y/o los horarios de la

paciente. Todos los médicos entrevistados refirieron que es más cómodo para ellos e incluso para sus pacientes el hecho de programar una cesárea. Uno de ellos explica que la comodidad se basa en el hecho que realiza una cesárea y luego se va a su casa, pero que es más complicado por ejemplo si la paciente pare en horas de la madrugada. Otro exteriorizó que al hacer una cesárea el médico no corre el riesgo de estar monitorizando una paciente en trabajo de parto por 10, 12 o 14 horas, cosa que es reforzada por otro obstetra quien refiere que con una cesárea en dos horas termina pero que un trabajo de parto puede durar más de ocho horas.

“...en el área privada, en el que el médico, pienso yo, algunos tomarían la decisión de realizar una cesárea antes que un parto porque no me voy a ir a mal matar 10, 12, 14 horas con un trabajo de parto. Entonces programo una cesárea, incluso la adecúo a mis necesidades, incluso a mi tiempo.” Obstetra 2

“El hacer la cesárea es una resolución al problema rápido e inmediato y veloz. El parto no, te podés pasar hasta 2 o 3 días, una paciente prodrómica y después inicia el trabajo de parto si es primígesta vas 14 horas. ¿Te podés imaginar?...Es más cómodo hacer una cesárea, porque yo le hago la cesárea y me voy a mi casa. ¿Y si pare a las 3am?” Obstetra 6

I: ¿Y la cesárea es más cómoda para el médico también?

“Por supuesto que sí pues y también para el paciente. El paciente sabe que en una hora ya está fuera del quirófano, ya tiene su niño y ya ella descansa.” Obstetra 5

A su vez, seis de los entrevistados mencionan el dinero como un factor que entra en juego. Simplemente la cesárea es más cara que un parto vaginal. Uno de los obstetras explica que él cobra igual por los dos, pero que en una cesárea la paciente paga más por la clínica y los ayudantes, y dice que cuando la paciente desea la cesárea, paga sin problema.

“...en los privados pues, o sea, vos cobras más en una cesárea que en un parto. Una cesárea te cuesta más... un parto te puede costar... ideay... la mitad de lo que puedas cobrar de una cesárea. Entonces también eso tiene mucho que ver.” Obstetra 4

“El cobro para mí es lo mismo (entre un parto y una cesárea). Sin embargo para el paciente es más caro...Si yo le digo ‘usted va a pagar 300 dólares más porque tenemos que llamar al otro ginecólogo ayudante, tenemos que llamar al anestesiólogo’, etc. qué se yo... lo que sea... al paciente no le interesa y el paciente da el dinero.” Obstetra 2

Tres de los galenos lo resumen con una visión de la paciente como un consumidor que llega a comprar lo que ellos ofertan. Otro lo exterioriza diciendo que nadie controla al privado y por lo tanto los médicos tienen dos cánones de conducta diferente (una en el hospital público y otra en privado). Fue solo uno de los 7 entrevistados el que mencionó que debe ser el criterio ético del médico el que se aplique a la hora de la decisión de la indicación de la vía del nacimiento.

“...sí el paciente pide cesárea... ¿Cómo te dijera yo? Como que ella compra un servicio y no venimos nosotros a decirle lo mejor es esto, sino que si ella pide eso... es como que llega a comprar, ‘yo te estoy pagando y me haces esto’.” Obstetra 4

“...dejamos en el privado las decisiones que el paciente pueda tomar y en el hospital las enseñanzas que uno debe tener.” Obstetra 5

“La mejor manera de evitarse problemas es hacer cesárea... (Carcajada). Sí. Desafortunadamente eso así es en el... privado. Tenemos dos cánones de conducta diferentes y es igual en cualquier especialidad desde el punto de vista quirúrgico. La relación se convierte. Sin embargo, aquí (en el hospital público) estoy obligado a la... aplicación... de la norma porque se supone que eso es lo mejor que uno le puede ofertar a la paciente... En mi concepto, en el hospital a nivel público, por ejemplo, son pacientes, afuera en el privado y en la seguridad social son CLIENTES... Y el cliente tiene que estar satisfecho” Obstetra 7

Se preguntó directamente si ellos estaban de acuerdo con la cesárea por petición materna. Cuatro de los galenos expresaron que ellos practican la cesárea si la paciente se lo pide. De estos cuatro, dos refieren que prefieren el parto vaginal pero como la paciente es el “cliente” se la realizan a petición. Dos refirieron categóricamente estar en contra de practicar un parto abdominal si la paciente no tiene indicaciones médicas. De estos dos médicos, uno dijo que definitivamente no la haría, y el otro dice que mejor la refiere a otro médico, pero si la paciente está insistente en que sea su médico entonces le hace que firme el expediente donde queda bien claro que la cesárea es por petición materna puesto que es un procedimiento quirúrgico de riesgo y tiene que protegerse en caso de una complicación.

I: Sí una paciente llega a su privado y le pide la cesárea: “Se la hago (lo dice inmediatamente, sin pensarlo). ¿Por qué?: Porque ella lo solicita: ‘doctor, yo quiero que usted me atienda, tengo el dinero para pagarle, hágame cesárea, no quiero parir.’ Es lo que vos ofertás y ellos demandan... a ver... vos ponés a vender bombones y paletas y te

dice el paciente 'yo no quiero paletas, quiero bombones' (pausa) por favor... vos se la haces."

Obstetra 1

I: Sí a usted en su privado una paciente le pide la cesárea sin indicación ¿Usted se la haría?

*"Hay dos caminos... hay dos caminos. Uno, que si ella se cierra que se le haga entonces la remito a un colega... sinceramente... porque ya he tenido pacientes que dicen 'yo quiero cesárea'... 'pero hija no tenés indicación'... 'pero yo quiero cesárea'... 'bueno anda busca quien te le haga pues'... esa es una salida. La otra salida es que a veces se te cierran 'yo quiero que usted me la haga'... 'me vas a firmar' (el expediente)... Así. **¿Por qué la hace que firme?** Porque es un procedimiento que tiene mayor morbi-mortalidad."*

Obstetra 3

En el cierre de sus entrevistas dos de los participantes expresaron que consideran muy difícil disminuir las tasas de cesáreas. Más bien tienden a ir aumentando debido a los problemas médicos – legales que ellos tengan que enfrentar. Uno de los participantes mencionó que las tasas de cesáreas continuaran altas por lo menos una década más ya que las cesáreas iterativas son las que sobrecargan los índices.

I: ¿Entonces va a ir aumentando la tasa de cesáreas?

"Eso va a depender de cuanto lleguemos a problemas médico-legales. Eso sí te lo puedo contestar de esa manera."

Obstetra 6

I: ¿Seguirá alta la tasa de cesáreas?

"Sí. Por lo menos... creo que todavía por una década (se ríe). No vamos a lograr descender la tasa de cesáreas hasta menos del 20... ni siquiera por debajo del 30%. Creo que... lo que hacemos nosotros aquí cuando hacemos los análisis internos ¿verdad? en el hospital es, muchas veces, quitamos la tasa de cesárea anterior ¿ya?... luego nos enmarcamos en las cesáreas primitivas que hacemos y es totalmente diferente... esa es la que decimos nosotros es nuestra verdadera tasa de cesárea porque en la otra nos vemos atados de manos... debemos realizarla."

Obstetra 7

DISCUSION

El presente estudio muestra que el hecho que las tasas de cesáreas estén elevadas en el HEODRA y en la práctica privada es un problema complejo con muchas dimensiones y variantes entre los sistemas de salud de nuestro país. En las entrevistas cualitativas quedó clara la separación entre el sistema de salud público y la práctica privada de los médicos. En el período de estudio la tasa de cesáreas en el HEODRA fue del 39% la cual está por encima de la reportada por la Encuesta Global sobre Salud Materna y Perinatal de OMS en Latinoamérica la cual reporta que en Nicaragua la tasa global de cesáreas en los hospitales públicos participantes del estudio fue de 30%^[6]. Con respecto a las prácticas privadas, en Nicaragua no hay estudios que reporten el porcentaje de partos abdominales aunque los galenos encuestados refieren que puede ser más del 60%; la Encuesta Global refleja que en este país el porcentaje de partos abdominales en el privado es del 55% ^[6].

La OMS refiere que el porcentaje adecuado de cesáreas en un hospital no debería de sobrepasar el 20% ni ser inferior al 5% ^[8], pero estas cifras son discutidas por autores como Ronald Cyr quien en el 2006 escribió una opinión clínica en la que refiere que se debe de abandonar el querer establecer una tasa ideal de cesáreas ya que esta es una consecuencia de decisiones clínicas subjetivas ^[40].

Con respecto a las indicaciones de cesárea en el HEODRA en el componente cuantitativo se encontró que el 38.6% de los partos abdominales en el período de estudio fueron cesáreas iterativas. En las entrevistas a profundidad, al hablar con los médicos sobre las razones de las cesáreas ellos mencionaron que el hecho que la cesárea anterior es el principal motivo por la que se programan partos abdominales en el HEODRA. Esto concuerda con la literatura internacional; estudios realizados en África refieren que la cesárea anterior es la “principal indicación de cesárea” ^[23,41]. En la encuesta de OMS sobre salud materna y perinatal del 2005 en Latinoamérica, dividen las cesáreas anteriores en dos grupos: uno con complicaciones durante el embarazo actual (15%) y el otro sin complicaciones (16%). Al juntarlos estos suman el 31%, siendo esta la primera indicación de cesárea ^[6].

En la actualidad hay mucha controversia con respecto al parto vaginal posterior a una cesárea. Estudios mencionan que este se puede dar en instalaciones donde exista la posibilidad de realizar una cesárea de emergencia de inmediato en el caso de una complicación, por lo tanto esto sucede en hospitales terciarios en países desarrollados donde tienen los equipos disponibles; siendo pocos los hospitales en el mundo en desarrollo que practican la prueba de trabajo de parto posterior a una cesárea ^[41]. Los Institutos Nacionales de la Salud (NIH por sus siglas en inglés) en su declaración de la Conferencia de Desarrollo sobre las nuevas percepciones sobre el parto vaginal posterior a una cesárea refieren que el parto vaginal posterior a una cesárea es una “opción razonable para muchas mujeres embarazadas con una incisión uterina transversa previa” pero que debe valorarse el

beneficio-riesgo en cada paciente. A su vez, mencionan que el riesgo de rotura uterina en una paciente con un embarazo a término en prueba de trabajo de parto es de 778 por 100,000, contrario al riesgo en una cesárea electiva que es de 26 por 100,000. Refieren, entre otras cosas, que parir en un hospital de bajo nivel incrementa este riesgo [42]. Estas mismas razones son mencionadas por los médicos entrevistados para este estudio como las causas por las que en el HEODRA no se practica parto vaginal posterior a una cesárea y por la que se sigue manteniendo la vieja consigna que “una vez cesárea, siempre cesárea” [43]. Ellos también mencionan que estas probables complicaciones hacen que los médicos indiquen cesáreas electivas sin trabajo de parto por miedo a las posibles demandas que se puedan dar a la hora de una complicación ya sea materna o fetal. Esto también es mencionado en un estudio cualitativo en la Florida, EUA, donde los galenos cada vez practican menos el parto vaginal posterior a una cesárea [44].

Los médicos entrevistados no solo se refieren al parto vaginal posterior a una cesárea como un factor que les produce temor a las complicaciones que puedan llevar a una demanda; también hablan del temor a resultados obstétricos negativos para el producto lo que los puede llevar a indicar más cesáreas de las debidas. Esto no ha sido mencionado en las mismas palabras en la literatura revisada, pero es algo que queda implícito al revisar artículos que mencionan el miedo a las demandas en los médicos [44].

Pero no solo mencionaron el temor por parte del galeno, también se abordó el tema del miedo que tienen las mujeres embarazadas al parto vaginal, miedo a sentir dolor, miedo a que al producto le suceda algo malo. Los médicos piensan que este miedo es infundado por historias de familiares y amigas que han tenido experiencias poco favorables con partos vía vaginal o lo contrario: partos abdominales que no tuvieron complicaciones y por lo tanto le transmiten el deseo de repetir esa experiencia. Esto es mencionado de la misma manera en la literatura en un estudio cualitativo comunitario realizado a mujeres que tuvieron partos abdominales y a quienes se les preguntó cuáles fueron las causas por las que ellas pidieron una cesárea [3]. Sin embargo, un estudio en Brasil en el que comparan las percepciones de las mujeres que han tenido al menos un parto vaginal contra las que solo han tenido partos abdominales revela que significativamente más mujeres que han experimentado al menos un parto vaginal refieren que esta es la mejor vía. Las mujeres que han tenido partos por cesárea refieren que la única ventaja de este es el no tener contracciones/dolor. Por lo que cada experiencia depende del umbral de dolor de las mujeres [45].

Este miedo de las mujeres embarazadas es mencionado por los médicos como uno de los factores que hacen que las pacientes ejerzan una mayor presión sobre ellos en su práctica privada. Es muy difícil inferir sobre las razones que tienen las mujeres para pedir cesáreas en el sistema privado pero los médicos coinciden en el hecho que entre más educada es la mujer y/o más capacidad económica tenga, mayor es el deseo de esta de tener un parto abdominal y que ellos se convierten en proveedores de servicios y tienen que velar por la

satisfacción de su cliente. Esto se asemeja a las aseveraciones hechas por médicos chilenos entrevistados en un estudio cuali-cuantitativo donde se aborda la relación entre el sistema privado y las altas tasas de cesáreas en Chile [24]. En cambio, en un estudio cuantitativo en Brasil se demostró de manera significativa que el “factor médico” es el que juega el papel más importante en el hecho que las tasas de cesáreas son más elevadas en ciudades desarrolladas que en las menos desarrolladas [46]. Así que aparentemente, los partos abdominales, especialmente en el privado reflejan un proceso social complejo que se ve afectado por el status clínico, presiones sociales y familiares e incluso el deseo de la mujer a tener una cesárea viéndose amparada por el sistema legal y la tecnología disponible. Esto hace que el medico se vea en la necesidad de cumplir las peticiones de la paciente para evitarse problemas médicos – legales.

Esto llevó a explorar las percepciones de los médicos sobre las cesáreas por petición materna, estando la mayoría de ellos de acuerdo con el hecho de practicar una cesárea si la paciente la pide. De acuerdo con los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) existe una limitada evidencia que se está incrementando el parto abdominal por petición materna, ellos estiman que entre el 4 al 18% de los partos en Estados Unidos son cesáreas pedidas por las madres [47]. En nuestro país no hay datos estadísticos basados en evidencia que nos indiquen las cifras de cesáreas por petición materna, pero no es un secreto que sobre todo en la práctica privada de los obstetras esta es una de las principales razones por la que se indica una cesárea. Debido a este comportamiento de las pacientes y de los médicos existe una discusión sobre si practicar una cesárea sin indicación médica es ético o no. En 1999, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia publicó las guías éticas sobre la reproducción humana y la salud de la mujer en la que se expresó que debido a que no existía evidencia de algún beneficio neto, no era éticamente justificado el hacer una cesárea sin razones médicas [48]. Por el contrario, en la opinión del Comité del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG por sus siglas en inglés) del 2007 se expresa que si un obstetra va a realizar una cesárea por petición materna se deben de cumplir requisitos para garantizar un producto saludable y disminuir los riesgos de complicaciones maternas y neonatales [49].

Considerando lo expresado por los médicos entrevistados para este estudio, el incremento de las tasas de cesáreas es un problema complejo, con diferentes opiniones al respecto que debe ser analizado con más profundidad para poder ya sea disminuir las tasas o adecuarlas al avance de los tiempos.

Limitaciones y Fortalezas del estudio

La principal limitación de este estudio es que no se abordó el tema desde el punto de vista de los padres de familia para así comprender de una manera más holística las causas que los llevan a ellos a pedir una cesárea y conocer y explorar sus experiencias y preferencias.

La fortaleza es que se trata de un estudio con metodología mixta y por lo tanto podemos tener una visión integral del problema en estudio.

CONCLUSIONES

- Los resultados del presente estudio muestran que el incremento de las tasas de cesáreas en el HEODRA es un fenómeno complejo, con muchos factores ya sean de las pacientes, de los médicos o del propio hospital e incluso sociales.
- En el período de estudio, la tasa de cesáreas en el HEODRA fue del 39%. La principal indicación para realizarlas fue la cesárea anterior (39%) ya que en el hospital no se practica el parto vaginal posterior a una cesárea (PVPC) seguido por el SFA con un 27%.
- En el HEODRA la cesárea es indicada por el médico tratante, basado en la valoración individual de cada paciente. Juega un rol importante el hecho que en el HEODRA hay pocos recursos técnicos disponibles, ya que los que hay no funcionan adecuadamente.
- Los médicos actúan en parte guiados por el temor a demandas por parte de los pacientes o a sanciones por parte del hospital.
- En el privado la decisión de los partos abdominales es en conjunto: el médico expone los pros y los contras de ambas vías del nacimiento y las pacientes deciden basadas en sus propias percepciones. Si la paciente pide cesárea, el obstetra se la realiza debido a que es más cómodo por el tiempo, la remuneración económica y para mantener a la paciente como cliente. La relación es cliente/proveedor y no médico/paciente.
- Esto demuestra que la mayoría de los obstetras tienen comportamientos diferentes dependiendo del sistema de salud en el que se encuentren practicando. La práctica obstétrica en el HEODRA se basa en indicaciones normadas por el Ministerio de Salud, las cuales tienen que ser cumplidas a cabalidad, en cambio la práctica privada no es regulada ni normada y las decisiones son basadas principalmente en el criterio personal del médico y la petición de la paciente y/o su familia.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar la cantidad de recursos tecnológicos que el estado suple al HEODRA para garantizar el diagnóstico adecuado de las mujeres embarazadas.
2. Ejercer un mejor control de la práctica privada de los obstetras por medio del Ministerio de Salud.
3. Concientizar a los médicos sobre la importancia de la calidad del Control Pre Natal (CPN) para reducir el miedo de la paciente y su familia al parto vaginal y garantizar la práctica del parto psico-profiláctico.
4. Inaugurar centros públicos especializados en cursos de parto psico-profiláctico y charlas sobre el parto vaginal a las mujeres de escasos recursos y sus familias.

REFERENCIAS

1. Lavender, T., Hofmeyer GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte G. *Caesarean section for non-medical reasons at term (protocol 2004)*. 2006 [cited 2006; Issue 1:]
2. Meikle, S.F., et al., *A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate*. *Obstet Gynecol*, 2005. **105**(4): p. 751-6.
3. Fenwick, J., et al., *Why do women request cesarean section in a normal, healthy first pregnancy?* *Midwifery*, 2008.
4. Morrison, J. and I.Z. MacKenzie, *Cesarean Section on Demand*. *Seminars in Perinatology*, 2003. **27**(1): p. 20-33.
5. Festin, M., et al., *Caesarean section in four South East Asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2009. **9**(17).
6. Villar, J., et al., *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*. *Lancet*, 2006. **367**(9525): p. 1819-29.
7. Qian, X., et al., *Evidence-informed obstetric practice during normal birth in China: trends and influences in four hospitals*. *BMC Health Serv Res*, 2006. **6**: p. 29.
8. Robson, M.S., *Can we reduce the cesarean section rate?* *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2001. **15**(1): p. 179-194.
9. Bewley, S. and J. Cockburn, II. *The unfacts of 'request' cesarean section*. *Bjog*, 2002. **109**(6): p. 597-605.
10. Kelleher, C., Cardozo LD, *Caesarean section: a safe operation?* *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994. **14**: p. 86-90.
11. Leeman, L., *Patient-choice cesarean delivery*. *Am Fam Physician*, 2005. **72**(4): p. 697, 700, 705.
12. Roost, M., et al., *A qualitative study of conceptions and attitudes regarding maternal mortality among traditional birth attendants in rural Guatemala*. *Bjog*, 2004. **111**(12): p. 1372-7.
13. Berkowitz, G.S., et al., *Effect of physician characteristics on the cesarean birth rate*. *Am J Obstet Gynecol*, 1989. **161**(1): p. 146-9.
14. Burns, L.R., S.E. Geller, and D.R. Wholey, *The effect of physician factors on the cesarean section decision*. *Med Care*, 1995. **33**(4): p. 365-82.
15. Bailit, J.L., T.E. Love, and B. Mercer, *Rising cesarean rates: are patients sicker?* *Am J Obstet Gynecol*, 2004. **191**(3): p. 800-3.
16. Behague, D.P., C.G. Victora, and F.C. Barros, *Consumer demand for cesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods*. *Bmj*, 2002. **324**(7343): p. 942-5.
17. Fabri, R.H. and E.F. Murta, *Socioeconomic factors and cesarean section rates*. *Int J Gynaecol Obstet*, 2002. **76**(1): p. 87-8.
18. Westert, G.P., et al., *Community income and surgical rates in the Netherlands*. *J Epidemiol Community Health*, 2003. **57**(7): p. 519-22.
19. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud: Informe Final*, INIDE, Editor. 2007, MINSA.
20. Gibbons, L., et al., *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarian sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage*. *World Health Report, Background Paper 30*. WHO (2008).
21. Betrán, A.P., et al., *Rates of cesarean section: analysis of global, regional and national estimates*. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007, **21**, p.98-113.

22. Stavrou, E., et al., *Epidemiology and trends for caesarean section births in New South Wales, Australia: A population-based study*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2011. **11**:8.
23. Briand, V., et al., *Individual and institutional determinants of caesarean section in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2012. **12**:114.
24. Murray, S., *Relation between private health insurance and high rates of cesarean section in Chile: qualitative and quantitative study*. BMJ, 2000. **321**, p. 1501-5.
25. Guzmán, E., *Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010*. Medwave, 2012. Mar/Abr;**12**(3), doi: 10.5867/medwave.2012.03.5331.
26. Puentes-Rosas, E, et al., *Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados*. Salud Pública Mex, 2004. **46**:16-22.
27. Brooks, H., Lezama, S., *Epidemiología de las cesáreas en el Instituto Hondureño de Seguridad Social*, Rev Med Post UNAH, 2001. **6** (1).
28. López, C., *Incidencia de Infección de Herida Quirúrgica por Cesárea en el Servicio de Maternidad del HEODRA de Agosto a Diciembre del 2001*, in *Ginecología Y Obstetrica*. 2002, UNAN-León: León. p. 35.
29. Quintero, J., *Indicaciones de Cesareas en Adolescentes y sus Complicaciones*, in *Ginecología y Obstetrica*. 2003, UNAN-León: León. p. 50.
30. Aller, J., J. Moreno-Iztúriz, and J. Moreno-Romero, *Cesárea, Histerectomía Obstétrica e Histerorrafia*, in *Obstetricia Moderna*, D.J.A.D.G. Pagés, Editor, McGraw-Hill Interamericana. p. 572-583.
31. Schwarcz, R., et al., *Obstetricia*, ed. E. Ateneo. 1999.
32. Cunningham, G., J.C. Hauth, and K.J. Leveno, *Williams Obstetrics*, 2005: McGRAW-HILL.
33. Villanueva, L.A., *Operación Cesárea: una perspectiva integral*. Monografía. 2010.
34. Duckworth, S., *Should maternal choice be an indication for caesarean section?* Editorial, International Journal of Surgery 6, 2008, p. 277-280.
35. Rosales, J.C. and M. Navarrete, *Analgesia y anestesia*, in *Obstetricia Moderna*, J.y.P. Aller, Gustavo, Editor, McGraw-Hill Interamericana. p. 155-172.
36. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos, *Censo Nacional de Población, Vivienda y Hogares: Nicaragua*. 2005, Dirección de Estadísticas Sociodemográficas: León. Available at: www.inec.gob.ni.
37. Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal, *Ficha Municipal INIFOM*: León. Available at: www.inifom.gob.ni/municipios/documentos/LEON/leon.pdf.
38. SPSS, *Statistical Package for the Social Sciences for Windows 16.0*, Editor. 2006: Chicago, IL.
39. ICT Services and System Development and Division of Epidemiology and Global Health (2009). OpenCode 3.6. Umeå: Umeå University; 2009. Available from: <http://www.phmed.umu.se/english/divisions/epidemiology/research/open-code/?languageId=1>
40. Cyr, Ronald M., *Myth of the ideal cesarean section rate: Commentary and historic perspective*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2006. **194**, p. 932-6.
41. Kwawukume, E.Y., *Cesarean section in developing countries*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2001. **15**(1), p. 165-178.
42. National Institutes of Health. *NIH consensus development conference statement on vaginal birth after cesarean: New insights*, NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010. **27**(3).
43. Porreco, R., Thorp, J., *The cesarean birth epidemic: Trends, causes and solutions*. Am J Obstet Gynecol, 1996. **175**, p. 369-74.
44. Cox, K., *Providers perspectives on the vaginal birth after cesarean guidelines in Florida, United States: a qualitative study*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2011. **11**(72).

45. Osis, M.J.D., et al., *The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2001. **75**, p. 59-66.
46. Ribeiro, V.S., et al., *Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones?* Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 2007. **40**, p. 1211-1220.
47. NIH State-of-the-Science Conference Statement on Cesarean Delivery on Maternal Request, Obstetrics & Gynecology, 2006. **107(6)**, p. 1386-97.
48. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)., *Ethical guidelines on human reproduction and woman's health*, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1999. **64**, p. 317-22.
49. ACOG Committee Opinion, *Cesarean Delivery on Maternal Request*, Obstetrics and Gynecology, 2007. **110(6)**, p. 1501-4.

ANEXOS

Guía no estructurada de Entrevistas a Profundidad a Gineco-Obstetras

1. Percepciones sobre el incremento de las tasas de cesáreas.
2. Que piensa que está influenciando este incremento.
3. Quien toma la decisión final.
4. Que cambia en la atención privada.
5. Diferencias entre el sistema privado y el público.
6. Percepciones sobre la cesárea por petición materna.

INSTRUMENTO RECOLECCION DE INFORMACION CUANTITATIVA

“CESAREAS: ¿UNA EPIDEMIA JUSTIFICADA O IGNORADA?” Un abordaje cuali-cuantitativo

Investigador: Dra. Magda Esther Castrillo

I. Datos Generales

1.1 Fecha de Nacimiento de la paciente		[]/[]/[] Día Mes Año
1.2 Escolaridad	00. Analfabeta 08. Primer año 01. Preescolar 09. Segundo año 02. Primer Grado 10. Tercero año 03. Segundo Grado 11. Cuarto año 04. Tercer Grado 12. Quinto año 05. Cuarto Grado 13. Universidad 06. Quinto Grado 14. Técnica 07. Sexto Grado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.3 Estado Civil	1. Casada/Acompañada 2. Soltera	<input type="checkbox"/>

II. Gineco-Obstétricos

G:	P:	A:	C:
Fecha de Ingreso:			
FUR:			
S/A:			
Patologías durante el embarazo		Si:	No:
I Trimestre			
II Trimestre			
III Trimestre			
IDx:			

III. Trabajo de Parto

Inicio de Trabajo de Parto				
Esponáneo	Si:		No:	
Inducido	Si:	Con:	No:	
Sin TdP	Si:		No:	
Fecha de Nacimiento:				
Cesárea:		Vaginal:		
Atendido por	MB:	R:	MI:	Est:
Dx Post quirúrgico:				
Cesárea por:				
Nacido Vivo:			Si	No
Dx RN:				
Sexo:	Peso:	APGAR:	E/G:	
RN	UMI:	SCIN:	UCIN:	
		Días:	Días:	
Fecha de Egreso RN:				
Fecha de Egreso Materno:				
Comentarios:				